

第1号様式（第5条関係）

戸田市特別の理由により免疫を消失した者の任意予防接種費用補助金申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

戸田市長

申請者（請求者）

住所

氏名

電話

戸田市特別の理由により免疫を消失した者の任意予防接種費用補助金交付要綱第5条に基づき申請し、次のとおり請求します。

補助金請求金額

円

※補助金請求金額の内訳は別紙明細書（第2号様式）のとおり

補助対象者	フリガナ				
	氏名 (予防接種を受けた者)				
	生年月日	年	月	日	歳
	住所	戸田市			
振込先	金融機関	銀行	本店		
		信用金庫	支店		
		その他	出張所		
	口座種別	普通・当座			
	口座番号				
	フリガナ				
	口座名義人				

添付書類

- (1) 補助対象予防接種に要した費用が分かる書類（再接種に要した費用を証する領収書等）
- (2) 母子健康手帳その他補助対象予防接種の接種履歴が確認できるものの写し